

Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

/ LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES / TÍTULO IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis. Ley N°16.744

TÍTULO IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis. Ley N°16.744

A. Antecedentes

De acuerdo con lo establecido en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, si a un trabajador le es rechazada una licencia médica o un reposo médico por parte de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), del Instituto de Seguridad Laboral y de sus administradores delegados o de las mutualidades de empleadores, porque la afección invocada tiene o no un origen profesional, el trabajador afectado debe recurrir al otro organismo del régimen previsional a que esté afiliado, que no sea el que rechazó la licencia médica o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas y/o económicas correspondientes.

La finalidad de la citada norma legal es que no se dilate el otorgamiento de prestaciones médicas y subsidios por incapacidad laboral, por la calificación de la patología.

B. Derivación del trabajador

1. Resolución del primer organismo interviniente

Para que opere el procedimiento señalado en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, es necesaria la emisión por parte del primer organismo interviniente de una resolución que rechace la licencia médica o el reposo, fundada en que la afección invocada tiene o no origen profesional, según corresponda, y derive al trabajador al segundo organismo, con copia de dicha licencia médica rechazada o con la licencia médica de derivación, según corresponda.

La resolución deberá indicar el derecho que le asiste a los trabajadores a reclamar, ante la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de la decisión adoptada.

El segundo organismo interviniente estará siempre obligado a cursar de inmediato la licencia o reposo médico rechazado por dicho articulado y otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren.

Atendido que el rechazo de una licencia médica o de un reposo médico, en este caso por el origen de una enfermedad o accidente, implica la denegación de la cobertura de prestaciones por parte de la entidad actúa como primer interviniente en la aplicación del artículo 77 bis, este rechazo debe ser fundado, esto es, estar sustentado en antecedentes médicos concretos del respectivo trabajador que hagan plausible su eventual discusión respecto del origen de la respectiva enfermedad o accidente, ya sea ante el organismo que actúa como segundo interviniente, así como, ante la Superintendencia de Seguridad Social:

a) Caso de rechazo por organismos administradores de la Ley N°16.744

Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deben sustentar el rechazo por aplicación del artículo 77 bis, a lo menos, en los siguientes antecedentes, que deben ser remitidos, a la respectiva entidad del sistema de salud común:

- i) La resolución de calificación del accidente o enfermedad (RECA);
- ii) El informe de calificación a que se alude en el Título II (accidente del trabajo y de trayecto) y en el Título III (enfermedades profesionales) del Libro III del Compendio de Normas del Seguro de la Ley N°16.744, y
- iii) Copia de la(s) de la(s) orden (es) de reposo (s) o licencia (s) médica (s) rechazada (s) por dicho articulado, según corresponda y de copia de la licencia médica de derivación.

Además, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, al realizar la calificación del accidente o de la enfermedad, deberán dar aplicación a los criterios y plazos contenidos en el Título II y Título III, de este Libro III.

Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de los organismos administradores de remitir al Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) las Resoluciones de Calificación (RECA), en los plazos instruidos al efecto.

En el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, esto es, 10 días corridos contados desde la emisión de la RECA, los organismos administradores deberán notificar la calificación al organismo de salud común que corresponda, es decir, a la ISAPRE en que se encuentre afiliado el trabajador o bien, tratándose de trabajadores afiliados a FONASA, a la COMPIN o Subcomisión correspondiente al domicilio del empleador, adjuntando los antecedentes ya señalados.

Por otra parte, si después de haber sido notificado del origen común de su patología, el trabajador decide continuar atendiéndose en los centros médicos de alguna mutualidad, bajo la cobertura de su régimen de salud común, deberá suscribir, previo a su reingreso, el formulario cuyo formato se contiene en el Anexo N°26 "Declaración Ingreso Paciente Común" de este Título IV. En ningún caso, las prestaciones que se otorguen en esta modalidad podrán incluirse en las cartas de cobranzas que se emitan al efecto.

En aquellos casos en que con posterioridad a que el organismo administrador o la empresa con administración delegada califique el accidente o enfermedad como de origen común, se otorgue al trabajador una licencia médica tipo 5 o 6 por la misma patología que aquella que dio origen a la referida calificación, o una licencia médica tipo 1 emitida por dicha patología, que sea rechazada por el sistema de salud común, por aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, no será necesaria una nueva resolución de calificación por parte organismo administrador o la empresa con administración delegada, bastando, para estos efectos, con la emisión de una licencia médica de derivación, conforme a lo establecido en el número 2, Letra B, Título IV, de este Libro III. Sin perjuicio de lo anterior, se deberá notificar esa nueva derivación al organismo del sistema de salud común, adjuntando una copia de la RECA emitida al efectuar la primera derivación.

b) Caso de rechazo por parte de ISAPRES y COMPIN

Por su parte, los médicos contralores de las ISAPRES o de las COMPIN o Subcomisión, deben sustentar la resolución que rechaza la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, a lo menos, en los siguientes antecedentes:

- i) Informe fundado del rechazo de la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, el que debe ser emitido y suscrito por el médico contralor y, además basarse en, a lo menos uno de los siguientes antecedentes: informe del médico tratante, evaluación médica y/o peritaje, u otros antecedentes que permitan determinar el origen profesional del respectivo accidente o la enfermedad, y
- ii) Copia de la(s) licencia(s) médica(s) rechazada (s) por dicho articulado.

Los antecedentes señalados deben ser remitidos al respectivo organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 por parte de la ISAPRE o COMPIN, con posterioridad a la derivación del trabajador por aplicación del artículo 77 bis, en un plazo máximo de 10 días corridos contados desde la resolución de rechazo por dicho articulado.

Las entidades deberán resguardar la confidencialidad de los datos sensibles contenidos en la información que se les remita.

No procede que las ISAPRES, COMPIN o Subcomisión rechacen por el artículo 77 bis, las licencias médicas que eventualmente recibieran emitidas como tipo 5 o 6, ya que corresponde que estas sean tramitadas ante el organismo administrador. En estos casos, las ISAPRES, COMPIN o Subcomisión deben devolverlas para su tramitación ante el respectivo organismo administrador.

c) Obligación de mantener casillas de correo electrónico

Por otra parte, con el objeto de contar con un expedito relacionamiento entre el primer y segundo interviniente en la aplicación del procedimiento del artículo 77 bis, así como en las comunicaciones derivadas de situaciones no 77 bis, y respecto de las solicitudes de reembolsos, cada entidad interviniente deberá establecer casillas de correos electrónicos para estos fines, las que constarán en un protocolo de comunicación, cuyo contenido se encuentra en el Anexo N°37 "Protocolo de comunicación", de la Letra G, del Título IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis, de este Libro III.

Este protocolo consiste en una declaración unilateral de cada entidad, que contiene las direcciones de correos electrónicos que utilizarán para las comunicaciones por las materias del artículo 77 bis, situaciones no 77 bis y cartas de cobranza.

El referido protocolo debe ser firmado por el representante de cada entidad, y ser enviado al Gerente General, al Director Nacional y al Jefe de Servicio, según corresponda, de los demás organismos intervinientes en el procedimiento y a la Superintendencia de Seguridad Social.

Las casillas electrónicas incorporadas en el protocolo de comunicación por parte de cada entidad, deberá estar compuesta por la abreviatura del nombre o razón social de cada entidad interviniente y las siglas: "77 bis", "no 77 bis", "77 en cobranza", según se trate el asunto una materia relacionada con el 77 bis, situación no 77 bis o una solicitud de

reembolso. Las casillas electrónicas deben ser configuradas según el siguiente formato:

[nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN, Servicio Salud]77bis@xxx.cl.

[nombre del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN, Servicio Salud]NO77@xxx.cl.

[nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN, Servicio de Salud]cobranza77@xxx.cl.

Para una mayor seguridad de la información, la documentación que se adjunte a una casilla de correo electrónico de las señaladas en el protocolo deberá ser comprimida por la entidad remitente con extensión ".zip" e incorporar una clave para su apertura, la que debe proporcionar la entidad receptora del archivo.

Las herramientas de comunicación electrónica, adoptadas por las entidades en el citado protocolo, deben preservar la confidencialidad en el tratamiento de la información del trabajador, velando por el principio de integridad, resguardo, reserva, disponibilidad y del fin de la licitud de la entrega, teniendo como objetivo primordial, la inmediata cobertura en el otorgamiento de los beneficios de salud que le corresponden al trabajador.

2. Emisión de licencias médicas de derivación y copia de licencia médica

- a) Cuando la primera entidad interviniente es un organismo administrador o una empresa de administración delegada y estime que la afección por la cual el profesional habilitado otorgó el reposo al trabajador tiene un origen común, deberá emitir una licencia médica tipo 1, "de derivación", ya sea en formato papel o electrónica.

La licencia médica "de derivación" debe ser entregada al trabajador para que la presente al sistema previsional de salud común.

Adicionalmente, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deberán entregar al trabajador una copia del formulario contenido en el Anexo N°27 "Derivación de Paciente (artículo 77 bis, de la Ley N°16.744)", de la Letra G, Título IV de este Libro III.

Los organismos administradores y las empresas de administración delegada deben considerar que, para emitir una licencia médica de derivación, de manera electrónica, la Zona A.6. del respectivo formulario, debe consignar en la sección "otros diagnósticos", lo siguiente: "licencia médica de derivación otorgada por [nombre del organismo administrador o administrador delegado], aplicación del artículo 77 bis". Lo que se debe reiterar en la Zona E del respectivo formulario electrónico.

Además, la licencia médica "de derivación" emitida por los organismos administradores y las empresas con administración delegada deberá contener a lo menos un día de reposo futuro a la fecha de su emisión y extenderse por un período de reposo que no sea superior a 30 días corridos. Ahora bien, por aplicación del artículo 77 bis podrán, excepcionalmente, extender una licencia médica "de derivación", sin días de reposo futuro, cuando a la fecha de su emisión, no ha transcurrido más de 30 días, contados desde el inicio del reposo médico. En estas situaciones, el reposo médico pudiese provenir de otro continuo o discontinuo que afectó al trabajador y cuyo subsidio por incapacidad laboral ya fue cubierto por el organismo administrador como una situación no 77 bis.

En atención a lo anterior, en el evento que el trabajador haya ingresado a los servicios asistenciales del correspondiente organismo administrador o sea atendido en un "centro en convenio", y se le haya prescrito reposo por más de 30 días, el subsidio por incapacidad temporal correspondiente deberá pagársele con una periodicidad no superior a 30 días, aunque posteriormente se determine que su dolencia es de origen común.

- b) Cuando la primera entidad interviniente fuere una COMPIN o ISAPRE y estime que la afección por la cual el profesional habilitado otorgó el reposo al trabajador tiene origen laboral, se entenderá que deriva al trabajador al organismo administrador o empresa con administración delegada, mediante la entrega al afiliado o a quien le represente de una copia de la licencia médica rechazada por artículo 77 bis debiendo estampar un timbre sobre dicha copia que señale, claramente, que la entrega es una "copia de la licencia médica rechazada por 77 bis", para que la presente a su organismo administrador.

La entrega de la copia de la licencia médica rechazada por el artículo 77 bis, deberá efectuarse en el más breve plazo, informándole al beneficiario el lugar más cercano a su domicilio en que puede retirarla, o bien que éste pueda pedir su remisión vía correo electrónico. En todo caso, si el trabajador o su representante, no efectúa el respectivo retiro de copia de la licencia, dentro de los 5 días hábiles siguientes contados desde que se le notifica el rechazo por dicho articulado, se le deberá hacer llegar esa copia con todos los antecedentes de que se disponga, a su correo electrónico o mediante carta certificada, debiendo informarle del procedimiento del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, esto es, que deberá presentarse ante el organismo administrador para el otorgamiento de las prestaciones.

Los intervinientes, ISAPRES, COMPIN y organismos administradores deberán respetar la periodicidad con que deben

pagarse las remuneraciones, ya que el subsidio por incapacidad laboral o temporal tiene por objeto, precisamente, reemplazar las rentas de actividad del accidentado o enfermo, debiendo existir continuidad de ingresos entre remuneraciones y subsidios.

Sin embargo, en el caso de que el trabajador, habiendo sido notificado por el sistema de salud común del rechazo de su licencia médica por el artículo 77 bis y que debe concurrir ante el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 o empresa con administración delegada, según corresponda, este no se presenta para su evaluación, a contar de la segunda licencia médica recepcionada, rechazada por la ISAPRE o COMPIN por aplicación de dicho artículo, el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 o administrador delegado le deberá suspender el pago del subsidio por incapacidad laboral hasta su comparecencia, informándole de esta exigencia, de lo que deberá mantener registro.

3. Antecedentes a entregar al trabajador por parte del respectivo organismo administrador o administrador delegado

Con el objeto de evitar que el trabajador deba incurrir en nuevos gastos de consultas médicas y de realización de exámenes, su organismo administrador deberá hacerle entrega, a lo menos, de los siguientes antecedentes:

- a) Tratándose de accidentes, copia de los informes y exámenes clínicos practicados, y
- b) Tratándose de enfermedades calificadas como de origen común, deberá cumplirse con lo instruido en el N°7, Capítulo IV, Letra A, Título III, de este Libro.

C. Del reclamo y competencia de la Superintendencia de Seguridad Social

Cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente ante la Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia médica o reposo médico en razón del origen - laboral o común- del accidente o de la enfermedad, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso. Consecuentemente, el trabajador afectado, el empleador, la respectiva entidad del régimen de salud común, organismo administrador, administrador delegado podrán recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social respecto del carácter del accidente o la enfermedad, con los antecedentes que posean.

Por tanto, en el evento que exista controversia sobre el origen de la patología que ha motivado el reposo fundante de la licencia médica, solamente corresponde que se reclame ante la Superintendencia de Seguridad Social.

En caso que el segundo organismo concuerde con la calificación de la patología efectuada por el que ha rechazado la licencia médica o reposo médico, esto es, si se allana a la calificación realizada por el primer organismo, podrá reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social respecto de la procedencia de las prestaciones médicas o pecuniarias o por el monto de los reembolsos.

Cuando el segundo organismo no concuerde con la calificación de la patología como común o laboral, podrá recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social, la que resolverá determinando el origen de la misma, de conformidad a lo señalado precedentemente.

Tratándose de resoluciones emanadas de los organismos administradores, el plazo para reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social será de 90 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de la respectiva resolución.

Si la entidad del sistema de salud común no reclama a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días antes señalado, se entenderá que se ha allanado al reembolso. La no reclamación deberá ser certificada por la Superintendencia de Seguridad Social.

Para tal efecto, transcurrido el plazo de 90 días hábiles desde que la entidad del sistema de salud común fue notificada de la calificación del organismo administrador, sin que el pago se haya realizado, este último deberá consultar a la Superintendencia de Seguridad Social mediante un medio electrónico que se establecerá para tal efecto, si ha recibido reclamación respecto de la referida Resolución. Dicha consulta podrá incluir más de un caso, debiendo precisarse para cada uno de ellos el número de la Resolución, el nombre y RUT del trabajador subsidiado y la COMPIN o SUBCOMPIN o ISAPRE involucrada, según corresponda.

Si la reclamación es formulada por una COMPIN, por un Servicio de Salud, por una ISAPRE, por una mutualidad, por el Instituto de Seguridad Laboral o por una empresa con administración delegada, ésta debe ser debidamente fundamentada. Al efecto, la mera reiteración de las declaraciones entregadas por los trabajadores o de los antecedentes remitidos por el primer organismo, sin ningún análisis de los mismos, no se considerará como fundamentación suficiente.

En consecuencia, la Superintendencia de Seguridad Social rechazará de plano las reclamaciones que no argumenten debidamente los motivos que se tuvieron en consideración para no concordar con el primer organismo interviniente.

Además, la reclamación efectuada por una COMPIN, por un Servicio de Salud, por una ISAPRE deberá ser ingresada acompañando, a lo menos, los siguientes antecedentes:

- a) Copia de licencia médica emitida por Organismo Administrador, por 77 bis.

- b) Informe médico, si procede.
- c) Exámenes practicados, si los hubiere.
- d) Informe de peritaje médico, si procede.
- e) Declaración del trabajador, en la que describa las circunstancias del accidente o enfermedad.
- f) Copia de carta de cobranza, si procede.

A su vez, si la reclamación es realizada por un organismo administrador, deberá adjuntar los siguientes antecedentes:

- a) Copia de licencia médica rechazada por COMPIN o ISAPRE, por 77 bis.
- b) Antecedentes que correspondan, dependiendo si se trata de Accidente de Trayecto, Accidente a Causa o con Ocasión del Trabajo o Enfermedad Profesional (informe médico; exámenes practicados, si los hubiere; declaración del trabajador afectado por la dolencia de que se trata, en la que describa las circunstancias del accidente o de la enfermedad que le fue diagnosticada, entre otros)
- c) Copia de la carta de cobranza, si procede.

Es obligación de los organismos administradores y administrador delegado custodiar el documento original de la licencia médica reclamada hasta que la reclamación sea resuelta. Lo anterior, considerando que en el caso que esta Superintendencia determine que la patología fundante es de origen común, dicho documento debe ser remitido al organismo del régimen de salud común del afectado para que éste le reembolse los gastos incurridos.

La Superintendencia de Seguridad Social dispondrá de un plazo de 30 días hábiles administrativos para resolver acerca de la calificación de la afección, término que se computará desde que se reciben los antecedentes que se requieran o desde la fecha en que se practiquen al paciente los exámenes que hubiere ordenado, si éstos son posteriores.

Por lo tanto, atendido el objetivo del artículo 77 bis, los antecedentes y exámenes que se requieran por parte de la Superintendencia de Seguridad Social, deberán evacuarse en el plazo que se le fije al efecto.

D. Normas para el reembolso en caso de aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y emisión de cartas de cobranza

1. Prestaciones a ser reembolsadas

Procederá el cobro de las prestaciones otorgadas para la determinación del origen de una presunta enfermedad profesional o accidente del trabajo y de las prestaciones médicas necesarias que se hubieren entregado hasta la fecha en que se haya procedido a la respectiva calificación.

Por ejemplo, tratándose de accidentes, los organismos administradores podrán incluir entre las prestaciones a reembolsar, aquéllas de carácter médico que haya sido necesario otorgar dentro del plazo de calificación.

En ningún caso podrá formularse el cobro del gasto en que dichos organismos deban incurrir con cargo al Seguro de la Ley N°16.744 por concepto de las siguientes prestaciones:

- a) Estudios de puestos de trabajo;
- b) Exámenes comprendidos en el artículo 71 de la Ley N°16.744;
- c) Exámenes ocupacionales;
- d) Reuniones o juntas médicas, y
- e) Actividades de prevención de riesgos profesionales.

Tratándose de los trabajadores independientes que ejerzan el derecho a efectuar cotizaciones progresivas para pensiones y para el sistema de salud común, conforme a lo establecido en el artículo segundo transitorio de la Ley N°21.133, el organismo administrador deberá cobrar a la entidad del sistema de salud común que corresponda, el 100% del valor de las prestaciones indicadas en el primer y segundo párrafo de este número 1, sin perjuicio de la facultad de dicha entidad del sistema de salud común, en orden a cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponde solventar, conforme a lo señalado en el número 3 siguiente.

2. Reajustabilidad e intereses hasta el requerimiento

El valor de las prestaciones médicas y pecuniarias que corresponda reembolsar, se deberá expresar en Unidades de Fomento, según el valor de éstas al momento en que los beneficios se concedieron.

Además, deberá agregarse el interés corriente para operaciones reajustables contemplado en la Ley N°18.010, el que se

devenga desde que las prestaciones se otorgaron hasta la fecha en que se formula el requerimiento de reembolso.

Para estos efectos, corresponde utilizar la tasa de interés corriente vigente al término del otorgamiento de las prestaciones, sea que aquél cese se produzca por alta o derivación.

3. Reembolso del o al trabajador

Si las prestaciones se hubieren otorgado con cargo al régimen establecido para accidentes o enfermedades comunes y resultare que la afección es un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, el Servicio de Salud, el Fondo Nacional de Salud -FONASA- o la ISAPRE respectiva, que las proporcionó, deberá devolver al trabajador la parte del reembolso correspondiente al valor de las prestaciones que éste hubiere solventado, conforme al régimen de salud previsional a que esté afiliado, con los reajustes e intereses respectivos.

Por el contrario, si el accidente o la enfermedad es calificada como de origen común y los beneficios se concedieron con cargo al régimen de la Ley N°16.744, el Servicio de Salud o la ISAPRE que efectuó el reembolso deberá cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponde solventar, según el contrato o plan de salud de que se trate, para lo cual sólo se considerará el valor que señala el numeral siguiente.

4. Del valor de las prestaciones médicas

El valor de las prestaciones médicas que se hubieren concedido, deberá ser considerado conforme al que cobra por ellas la entidad que las otorgó, al proporcionarlas a particulares.

5. Cartas de cobranza

Las cartas de cobranza (denominadas también solicitudes de reembolsos), deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

Dichas cartas deberán ser remitidas a las mutualidades, el Instituto de Seguridad Laboral, COMPIN, Subcomisiones, Servicios de Salud, Cajas de Compensación o las ISAPRE, según corresponda, con los siguientes antecedentes:

- a) Un informe reservado con la especificación de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico;
- b) El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas, los antecedentes médicos o de otro orden, fundantes de la patología respectiva y los antecedentes que sirvieron para determinar el monto del subsidio;
- c) Copia de la licencia médica o de la orden de reposo;
- d) Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, además, deberán remitir, además, copia de la Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), según corresponda, y de las demás declaraciones del trabajador que estén en su poder y de la notificación de calificación de la afección, si no la hubiesen remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza.

Por su parte, la entidad del sistema de salud común deberá remitir el Informe fundado del rechazo de la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, si no lo hubiese remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza, y

- e) Cuando se hubiese reclamado ante esta Superintendencia, además, se deberá adjuntar a la carta de cobranza, la copia de la resolución mediante la cual la Superintendencia acogió la respectiva reclamación.

No procede que, se formulen cartas de cobranza que no acompañen la totalidad de los antecedentes antes indicados. Las entidades no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que le sean remitidas sin todos estos antecedentes, debiendo la entidad requerida de cobro devolverlas y comunicar a la solicitante del reembolso que por ello no cursará el pago requerido, informándole siempre cuales son los documentos faltantes, los que no pueden ser otros a los ya señalados precedentemente.

Por lo señalado, el plazo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 77 bis, para concretar el reembolso, comenzará a contabilizarse cuando la entidad recepcione la carta de cobranza con la totalidad de los antecedentes antes indicados.

Para efectos de gestión, las cartas de cobranza por aplicación del artículo 77 bis, podrán encontrarse en estado de revisión preliminar, en análisis, pagadas, rechazadas o devueltas, judicializadas o en estado de reclamo:

- a) El estado de revisión preliminar de las cartas o solicitudes de reembolso corresponde al check list o listado de verificación de los documentos mínimos que se deben acompañar a una carta de cobranza, según lo ya indicado en este Título, sin el análisis de fondo de la información en ellos contenida;
- b) El estado en análisis corresponde a aquellas cartas o solicitudes de reembolso que están siendo analizadas en su

contenido de fondo o bien que con anterioridad fueron rechazadas o devueltas y que previa corrección o entrega de los antecedentes faltantes, se encuentran en análisis para su pago;

- c) El estado devuelta corresponde a aquellas cartas o solicitudes de reembolso en que la respectiva entidad que recibe la carta o solicitud de reembolso, detecta que no se acompañan la totalidad de los documentos que exige la normativa vigente en el período de revisión preliminar o bien en el periodo de análisis, antes indicado, los devuelve para ser completados por la entidad que solicita el reembolso. En tal caso, la entidad requerida de cobro, al devolver la carta de cobranza, debe indicar al solicitante siempre cual es el documento o la información faltante para concretar el pago;
- d) El estado de pagada corresponde a aquel en que se concreta el pago del reembolso;
- e) El estado rechazada corresponde a una negativa del pago derivada de errores en los antecedentes entregados, por ejemplo: número de rut del trabajador, trabajador no era cotizante en la institución al momento de la enfermedad o accidente, cobranza duplicada, montos cobrados que ya fueron pagados, o se niega el pago por la existencia de una resolución de la Superintendencia de Seguridad Social que determina un origen distinto al accidente o enfermedad, reclamo o recurso pendiente, entre otros;
- f) El estado judicializada, corresponde a cartas de cobranza con juicio pendiente, y
- g) El estado reclamo ante Superintendencia de Seguridad Social, corresponde a cartas de cobranza cuya discusión del origen común o laboral se encuentra se encuentra con reclamo sin resolver por parte de este Organismo.

Las actividades que involucran cada uno de los estados de la carta de cobranza, con excepción de los indicados en las letras f) y g) precedentes, deberán ser ejecutadas dentro del plazo de 10 días que tiene la entidad para concretar el reembolso y que se encuentra establecido en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744. El citado plazo se entiende de días hábiles y deberá ser contabilizado desde la fecha de recepción o reingreso de la solicitud de reembolso.

Las acciones de cobro por no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles contados desde la notificación de la resolución de calificación por parte del organismo administrador, no exista reclamo o recurso pendiente respecto del origen común de la patología o accidente.

A contar del 3 de marzo de 2023, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deberán acompañar a las cartas de cobranza, cuando corresponda, una copia del documento otorgado por la Superintendencia de Seguridad Social, que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.

Respecto de los trabajadores afiliados a FONASA, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deberán requerir los reembolsos pertinentes al respectivo Servicio de Salud y a la COMPIN o Subcomisión que corresponda al domicilio del empleador. Si el trabajador se encuentra afiliado a una CCAF, el reembolso de los subsidios que correspondan se deben requerir a ésta.

En cuanto a la prescripción del derecho de los organismos administradores para solicitar a las entidades del sistema de salud común el reembolso de las prestaciones, resulta necesario señalar que el artículo 77 bis de la Ley N°16.744 no establece un plazo de caducidad ni de prescripción que extinga dicho derecho, de lo que se infiere que éste puede ser requerido conforme al plazo de prescripción general de cinco años, establecido por el artículo 2515 del Código Civil. En estos casos, dicho plazo deberá contarse desde el término de las prestaciones o desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda.

Al efectuar los reembolsos por aplicación del citado artículo 77 bis, las entidades del sistema de salud común deberán tener en consideración las diferencias que existen en el cálculo del subsidio determinado según las reglas del Seguro de la Ley N°16.744 y aquel que se paga en la salud común, esto es:

- a) La Ley N°16.744 no contempla un periodo de carencia como el establecido en el artículo 14 del D.F.L. N°44 y, por tanto, respecto de licencias médicas de hasta 10 días, el organismo administrador pagará la totalidad del respectivo subsidio, monto que debe ser íntegramente reembolsado a éste;
- b) Respecto de los trabajadores dependientes, cabe señalar que la Ley N°16.744 no establece exigencias de tiempo mínimo de afiliación, ni de densidad de cotizaciones para tener derecho a subsidio y, por esta razón, dicho antecedente no debe ser tomado en consideración para efectos de determinar la procedencia del respectivo reembolso;
- c) Tratándose de trabajadores independientes los requisitos para tener derecho a subsidio se detallan en los números 2 y 3 de la Letra E, del Título II del Libro VI, y
- d) Adicionalmente, tratándose de subsidios derivados de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, cuando en alguno de los meses considerados en la base de cálculo, las remuneraciones correspondan a un número menor de días de los pactados en el contrato de trabajo, éstas se amplificarán, con el fin de que sean representativas de las que habría obtenido el trabajador si hubiese trabajado el tiempo completo. Lo anterior, salvo que en los días no trabajados el trabajador haya percibido subsidio.

6. Reembolso de prestaciones otorgadas a trabajadores afiliados a FONASA y a una Caja de Compensación de Asignación Familiar

Cuando los organismos administradores o administradores delegados, actuando como segundo organismo interviniente, hayan reclamado ante la Superintendencia de Seguridad Social y la reclamación haya sido acogida, podrán solicitar a una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) el reembolso de los subsidios y cotizaciones pagados a trabajadores afiliados a una de dichas Cajas y a FONASA.

Por su parte, la Superintendencia de Seguridad Social, cuando acoja el reclamo del organismo administrador y resuelva que la patología es de origen común, comunicará a la COMPIN mediante oficio, que debe proceder a autorizar como tipo 1 la o las licencias médicas reclamadas, las que se identificarán con el número de la licencia, el nombre del trabajador y el número de días de reposo autorizados. Copia del oficio que se envíe a la COMPIN, se enviará al organismo administrador reclamante.

Una vez recibida la copia del oficio en que la Superintendencia instruye a la COMPIN que autorice la licencia médica como tipo 1 y atendido que la referida Superintendencia resuelve con competencia exclusiva y sin ulterior recurso los reclamos presentados en virtud del artículo 77 bis, el organismo administrador podrá enviar la solicitud de reembolso a la respectiva CCAF, adjuntando como respaldo a su solicitud, una copia del referido oficio y la licencia médica original, para que la CCAF la envíe a la COMPIN y esta pueda redictaminarla aprobándola como tipo 1.

Además, para efectos de que la CCAF pueda corroborar que el monto de los subsidios y cotizaciones cuyo reembolso se solicita, se encuentra debidamente calculado de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Ley N°16.744, el organismo administrador debe acompañar a la solicitud los antecedentes que ha tenido a la vista para calcular los respectivos montos pagados por concepto de subsidios, de acuerdo a lo instruido por la Superintendencia de Seguridad Social, en el Título II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral, del Libro VI.

La CCAF deberá tener presente que existen algunas diferencias en el cálculo del subsidio determinado según las reglas del Seguro de la Ley N°16.744 y aquel que se paga en el sistema de salud común, las que se señalan en el número 5 de esta Letra D. Considerando lo señalado, las CCAF deberán reintegrar íntegramente el monto del subsidio pagado por los organismos administradores o administradores delegados y rendirlos al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral.

La COMPIN por su parte deberá dar cumplimiento al dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social y autorizar la licencia médica como tipo 1, dejando clara constancia de que se trata de un redictamen en la zona B del formulario de licencia, precisando la fecha del redictamen y el nombre, timbre y firma del médico que autoriza. La licencia médica autorizada deberá ser enviada a la Caja de Compensación que inicialmente la gestionó.

La CCAF, una vez que reciba la solicitud de reembolso, acompañada por la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social donde se resuelve que la patología es de origen común y que corrobore, en base a los antecedentes remitidos, que el monto que se ha solicitado reembolsar es correcto, deberá efectuar el reembolso al organismo administrador, dentro de los 10 días siguientes al requerimiento. Posteriormente, cuando la CCAF rinda el monto reembolsado a través del sistema de información SISILHIA, se aceptará como documentación de respaldo, la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social, mientras la COMPIN envía a la CCAF la licencia médica autorizada.

En cuanto a la prescripción del derecho de los organismos administradores o administradores delegados para solicitar a las CCAF el referido reembolso, se debe tener presente el plazo señalado en el número 5 de esta Letra, el que debe contarse desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social.

7. Plazo para efectuar el reembolso

Si se resuelve que las prestaciones han debido otorgarse con cargo a un régimen previsional distinto conforme al cual se concedieron, el organismo respectivo (Servicio de Salud, ISL, COMPIN, mutualidad, CCAF o ISAPRE) deberá reembolsar en un plazo no superior a 10 días, el valor de aquéllas a la entidad que las proporcionó, el que se contará desde el requerimiento de ésta. La entidad obligada al reembolso deberá efectuarlo conforme a lo señalado en el número 2 anterior y considerando el valor que tenga la Unidad de Fomento al momento del pago efectivo; si así no lo hiciere en el plazo indicado, lo adeudado devengará, a partir del requerimiento, un interés diario equivalente al 10% anual.

El plazo de 10 días se contará desde la fecha del requerimiento con los antecedentes de respaldo detallados en el número 5 de esta Letra. El organismo requerido no estará obligado al reembolso si no cuenta con todos los antecedentes que respaldan el cobro solicitado.

En el caso de las CCAF el interés por pagos fuera del plazo establecido, se rendirá al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral, conjuntamente con la rendición del respectivo subsidio.

E. Situaciones que no se encuentran reguladas por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

1. Casos no regulados por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

El estudio de la norma en análisis, ha permitido a la Superintendencia de Seguridad Social determinar que existen situaciones en las que no se presentan todos los presupuestos que permiten la aplicación del citado artículo 77 bis.

Ello ocurre, entre otros, en los siguientes casos:

- a) Cuando el trabajador no ha necesitado reposo. En este caso, el organismo administrador otorgará la prestación médica correspondiente y si detecta que es de origen común, deberá derivar al paciente a su sistema de salud común con un formulario que precise que se trata de una situación no regulada por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, indicando el diagnóstico por el cual el trabajador fue atendido.
- b) Cuando se ha extendido una licencia médica meramente retroactiva, es decir, no existen días de reposo futuros a la fecha de su emisión, y
- c) Cuando ha existido re dictamen, esto es, cuando la licencia médica ha sido autorizada, reducida o rechazada por una causal distinta a la calificación del origen del accidente o la enfermedad y posteriormente, en virtud de un segundo dictamen, se rechaza por dicha calificación. En efecto, para que opere el procedimiento contemplado en el artículo 77 bis, la primera y única causal del rechazo debe ser el origen del accidente o enfermedad en que se sustenta la licencia médica u orden de reposo. Esta restricción opera únicamente respecto de la entidad que hubiere autorizado, reducido o rechazado la licencia médica, por una causal distinta a la calificación del origen de la afección.

En las situaciones en que no se configuran los presupuestos del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, los cobros se deberán realizar en términos nominales, acorde a las siguientes reglas:

- a) En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por el sistema de salud común y se determinare que la patología es de origen laboral, el organismo administrador o administrador delegado del Seguro de la Ley N°16.744, le reembolsará nominalmente al régimen de salud común - previo requerimiento de éste- la parte del valor de las prestaciones que ha debido financiar y al trabajador el valor correspondiente a su copago, y
- b) En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por un organismo administrador o administrador delegado de la Ley N°16.744 y se determinare que la patología es de origen común, dicho organismo le cobrará al sistema de salud común el valor nominal de la totalidad de las prestaciones. El sistema de salud común, le reembolsará el costo de las prestaciones que deba solventar según la cobertura de su afiliado, debiendo el organismo administrador cobrar directamente al trabajador el saldo insoluto.

Las cartas de cobranza deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

No procede formular cartas de cobranza sin acompañar los documentos enunciados en el número 5, de la Letra D, de este Título IV.

Las entidades no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que recepcionen en tanto no contengan los antecedentes mencionados en el número 5, recién citado. Lo anterior, sin perjuicio de informar a la institución requirente que no cursará el pago requerido por falta de antecedentes que sustenten el cobro realizado, individualizando siempre el documento faltante el que solo puede ser de aquellos exigidos en la normativa vigente establecida en el número 5, Letra D de este Título IV.

Las acciones de cobro por el no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles, contados desde la notificación de la resolución del organismo administrador o administrador delegado, según corresponda no exista reclamo o recurso pendiente respecto del origen común de la patología o accidente. A contar del 3 de marzo de 2023, los organismos administradores y administradores delegados del Seguro de la Ley N°16.744 deberán acompañar a las cartas de cobranza, cuando corresponda, una copia del documento otorgado por la Superintendencia de Seguridad Social, que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.

2. Cobros a CCAF de subsidios y cotizaciones en casos no cubiertos por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

Cuando el organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, haya actuado como primer organismo interviniente y el trabajador se encuentre afiliado a una CCAF, previo al envío de la carta de cobranza a la CCAF, deberá remitir a la COMPIN o SUBCOMPIN que corresponda, los antecedentes señalados en el número 1. de la Letra B. de este Título.

Si la COMPIN confirma el origen común de la enfermedad o del accidente deberá informar al organismo administrador o administrador delegados, mediante oficio, que aprueba la calificación, para que dicho organismo adjunte este oficio a la solicitud del reembolso correspondiente.

Si la COMPIN está en desacuerdo con la calificación del origen del accidente o enfermedad del organismo administrador, deberá reclamar a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días hábiles, contado desde la fecha de recepción de los antecedentes por parte del respectivo organismo administrador, adjuntando los documentos que fundamenten dicho reclamo.

Si la Superintendencia rechaza la reclamación, emitirá un dictamen dirigido a la COMPIN señalando que la enfermedad o accidente es de origen común y remitirá copia de dicho dictamen al organismo administrador para que éste, con dicho documento como respaldo, proceda a solicitar a la CCAF el reembolso de los subsidios pagados. Para efectos de que la Caja rinda el monto reembolsado a través del sistema de información SISILHIA, se aceptará como documentación de respaldo el oficio de la Superintendencia de Seguridad Social que rechaza la reclamación de la COMPIN.

Si la COMPIN no reclama a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días antes señalado, se

entenderá que se ha allanado al reembolso. La no reclamación de la COMPIN dentro del plazo señalado, deberá ser certificada por la Superintendencia de Seguridad Social.

Para tales efectos, transcurrido el plazo de 90 días hábiles desde que la COMPIN fue notificada de la calificación del organismo administrador, este deberá consultar, mediante carta, a la Superintendencia de Seguridad Social si ha recibido reclamación respecto de la referida Resolución. Dicha Consulta podrá incluir más de un caso, debiendo precisarse para cada uno de ellos el número de la Resolución (RECA), el nombre y RUT del trabajador subsidiado y la COMPIN o SUBCOMPIN involucrada.

Si la Superintendencia de Seguridad Social certifica que la calificación en cuestión no ha sido reclamada por la COMPIN individualizada, el organismo administrador o administrador delegado podrá solicitar a la CCAF el reembolso correspondiente, adjuntando dicho antecedente, más aquellos que sirvieron de base para el cálculo del subsidio, de acuerdo con las instrucciones vigentes.

En aquellos casos en que la Superintendencia informe que la COMPIN ha reclamado dentro del plazo de 90 días hábiles, el organismo administrador deberá esperar el pronunciamiento correspondiente. En este caso, el organismo administrador podrá efectuar el cobro adjuntando como respaldo el oficio que la Superintendencia de Seguridad Social emita rechazando la reclamación de la COMPIN por tratarse de una patología de origen común, o desistirse del cobro si la reclamación de la COMPIN es aceptada por la Superintendencia.

En los casos en que el organismo administrador, actuando como primer organismo interviniente, paga subsidios durante el período de calificación del origen y al momento en que resuelve que la enfermedad o el accidente es de origen común, quedan aún días pendiente de reposo, debe solicitar a la CCAF que corresponda, el reembolso del subsidio y las cotizaciones pagadas, de acuerdo con el procedimiento establecido en este número 2 y otorgar una licencia de derivación por el período faltante, el cual de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 77 bis, debe ser pagado por el organismo de salud común, sin perjuicio de su derecho a reclamar posteriormente ante la Superintendencia de Seguridad Social.

F. Presentación de la licencia médica fuera de plazo por el trabajador

No procede que las ISAPRE, COMPIN o Unidades de Licencias Médicas rechacen una licencia médica de derivación emitida por un organismo administrador, cuando éste actúa en el ámbito de la Ley N°16.744, por presentación fuera de plazo al empleador, tratándose de trabajadores dependientes, o bien por presentación fuera de plazo a la ISAPRE o COMPIN, en el caso de trabajadores independientes, conforme a lo señalado en los artículos 11, 13 y 54 del D.S. N°3, de 1984, del Ministerio de Salud, toda vez que, en caso de ser extendida y entregada tardíamente, para el trabajador ha existido una situación de fuerza mayor que ha impedido la presentación oportuna de dicha licencia médica.

G. Anexos



Anexo N°26: Declaración Ingreso Paciente Común



Anexo N°27: Derivación de Paciente (artículo 77 bis, de la Ley N°16.744)



Anexo N°37: Protocolo de Comunicación
